

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N^o

1133

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre PUISEGUR

Né le 29 Avril 1913, à Romilly-sur-Seine (Aube)

ÉCLAMPSIE ET AMAUROSE

**Contribution
à l'étude du Traitement chirurgical
de l'Eclampsie**

Président de Thèse : M. TANON, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1939

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre PUISEGUR

Né le 29 Avril 1913, à Romilly-sur-Seine (Aube)

ÉCLAMPSIE ET AMAUROSE

**Contribution
à l'étude du Traitement chirurgical
de l'Eclampsie**

Président de Thèse : M. TANON, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN. 91

1939

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie Physiologie Physique médicale..... Chimie médicale..... Bactériologie Parasitologie et his.oire naturelle médicale Pathologie et thérapeutique générale.... Pathologie médicale Pathologie chirurgicale..... Anatomie pathologique..... Histologie Pharmacologie et matière médicale..... Thérapeutique Hygiène et médecine préventive..... Médecine légale..... Histoire de la médecine et de la chirurgie. Pathologie expérimentale et comparée.... Hydrologie thérapeutique et climatologie.	R JUVIÈRE. LÉON BINET. STROHL. POLONOVSKI ROBERT DEBRÉ. BRUMPT. BAUDOUIN. ABRAMI MONDOR. LEROUX. CHAMPY. TIFFENEAU. HARVIER. TANON. BALTHAZARD. LAIGNEL-LAVASTINE FIESSINGER. CHIRAY. LOEPER CARNOT. CLERC. MARCEL LABBÉ. LEREBoullet. NOBECOURT.
Clinique médicale.....	H. CLAUDE.
Hygiène et clinique de la première enfance Clinique des maladies des enfants..... Clinique des maladies mentales et des ma- ladies de l'encéphale..... Clinique des maladies cutanées et syphi- litiques Clinique des maladies du système nerveux Clinique des maladies infectieuses.....	GOUGEROT. GUILLAIN. LEMIERRE. CUNEO GOSSET GREGOIRE ENCERMANT. TERRIEN. CHEVASSU. COUVELAIRE. JEANNIN. LEVY-SOLAL. MOCQUOT.
Clinique chirurgicale.....	OMBREDANNE. RATHERY. LEMA. TPE. PIERRE DUVAL. M. VILLARET. TROISIER.
Clinique ophtalmologique..... Clinique urologique	MATHIEU. LAUBRY. CLOVIS VINCENT. N... HAZARD. HOVELACQUE MULON. OLIVIER. SANNIÉ. VERNE.
Clinique d'accouchements.....	
Clinique gynécologique..... Clinique chirurgicale infantile et ortho- pédie Clinique thérapeutique médicale..... Clinique oto-rhino-laryngologique..... Clinique thérapeutique chirurgicale..... Clinique propédeutique..... Clinique de la Tuberculose..... Clinique chirurgicale orthopédique de l'a- dulte Clinique cardiologique Clinique de neuro-chirurgie Assistance Médico-Sociale.....	
Professeurs sans chaire.....	



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

Pathologie chirurgicale.. AMELINE.
 Pathologie médicale BARIETY.
 Pathologie médicale..... BÉNARD HENRI.
 Pathologie médicale..... BERNARD ETIENNE.
 Hydrologie..... BESANÇON JUSTIN.
 Pathologie médicale..... BOULIN.
 Histologie BULLIARD.
 Pathologie médicale..... CATHALA.
 Pathologie médicale..... CHEVALLIER.
 Pathologie médicale COSTE.
 Physique DOGNON.
 Urologie ... FEY.
 Pathologie chirurgicale.. FUNCCK.
 Parasitologie GALLIARD.
 Bactériologie GASTINEL.
 Pathologie chirurgicale.. DE GAUDART D'ALLAINES.
 Physiologie GAYET.
 Pathologie médicale..... DE GENNES.
 Histologie GIROUD.
 Pathologie médicale..... HAGUENAU.
 Oto-rhino-laryngologie .. HALPHEN.
 Anatomie pathologique.. HUGUENIN.
 Hygiène JOANNON.
 Obstétrique LACOMME.

MM.

Obstétrique LANTUÉJOU.
 Pathologie médicale..... LAROCHE GUY.
 Parasitologie LAVIER.
 Pathologie médicale LELONG.
 Pathologie expérimentale LEMAIRE.
 Pathologie chirurgicale.. LEVEUF.
 Pharmacologie Mlle J. LEVY.
 Neurologie et Psychiâtrie LEVY-VALENSI.
 Pathologie chirurgicale .. MÉNÉGAUX.
 Pathologie médicale..... MOLLARET
 Pathologie médicale..... MOREAU.
 Pathologie chirurgicale.. MOULONGUET.
 Pathologie médicale..... MOUQUIN.
 Pathologie chirurgicale.. PETIT-LUTZ.
 Médecine légale..... PIEDELIEVRE.
 Obstétrique PORTES.
 Ophtalmologie RENARD.
 Physiologie RICHET.
 Pathologie chirurgicale.. SÈNEQUE.
 Pathologie médicale..... TURPIN.
 Obstétrique VIGNES.
 Pathologie chirurgicale.. WILMOTH.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

Pathologie chirurgicale.. ALGLAVE.
 Pharmacologie BUSQUET.
 Physiologie CHAILLEY-BERT
 Obstétrique GUÉNIOT.
 Pathologie chirurgicale .. HEITZ-BOYER.

MM.

Pathologie chirurgicale.. LARDENNOIS.
 Obstétrique LE LORIER.
 Parasitologie NEVEU-LEMAIRE.
 Pathologie chirurgicale .. SCHWARTZ.
 Obstétrique VAUDESCAL.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale	BASSET.	} Clinique chirurgicale
AUBERTIN.		BROCO.	
BRULÉ.		CADENAT.	
CHABROL.		GATELLIER.	
DONZELOT.		MOURE.	
DUVOIR.		QUENU.	
LIAN.		VELTER.	
PASTEUR-VALLERY- RADOT.			
SEZARY.			
MM.	} Clinique obstétricale.		
ECALLE			
METZGER			

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Education physique.....	CHAILLEY-BERT, agrégé.
Radiologie clinique.....	LEDoux-LEBARD.
Stomatologie	RUPPE.
Puériculture	WEIL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

*Compagne et collaboratrice
dévouée. En affectueux hom-
mage.*

A MA FILLE

A MES PARENTS

*En témoignage de profonde
reconnaissance pour leurs sa-
crifices.*

A MES BEAUX-PARENTS

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TANON

Professeur d'Hygiène et de Médecine préventive
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

En témoignage de respectueuse gratitude pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE PROFESSEUR GREGOIRE

MONSIEUR LE DOCTEUR L. MICHON

MONSIEUR LE PROFESSEUR BESANÇON

MONSIEUR LE PROFESSEUR LOEPER

MONSIEUR LE PROFESSEUR CATHALA

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMIERRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUILLAIN

MONSIEUR LE DOCTEUR ROUX-BERGER

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GUY LAROCHE

*En hommage respectueux et
reconnaissant pour la confiance
qu'il a bien voulu m'accorder.*

A MES MAITRES DE L'HOPITAL DE CRETEIL

MONSIEUR LE PROFESSEUR METIVET

MONSIEUR LE DOCTEUR ESCALIE

A MONSIEUR LE DOCTEUR SUREAU

*Qui en plus des leçons reçues
dans son service a bien voulu
inspirer le présent travail, en
hommage de profonde recon-
naissance.*

INTRODUCTION

L'Eclampsie, redoutable complication de la grossesse, est, à l'heure actuelle, très bien connue et dépistée.

Le traitement prophylactique permet d'éviter, dans la plupart des cas, son apparition ; néanmoins, elle n'a pas encore disparu. Malgré tous les efforts entrepris, malgré les examens répétés de la période prénatale, malgré le régime sévère imposé aux albuminuriques, trop de femmes arrivent encore à l'hôpital en période prééclamptique, ou avec une albuminurie telle que l'évolution du mal ne peut plus être entravée.

Aussi, l'Eclampsie demeure-t-elle une question d'actualité et, avec elle, un certain nombre de problèmes.

L'un d'eux mérite particulièrement de retenir l'attention du clinicien : l'*Amaurose*, qui survient, soit à la période prééclamptique, soit au cours des accès, soit même en dehors de ceux-ci.

Les observations qu'on trouvera par ailleurs, et l'observation que nous rapportons du Service du Docteur Sureau à l'Hôpital Saint Antoine, représentent un certain nombre de cas où cette amaurose sur-

vient suivant des modalités différentes, présente des caractères cliniques et ophtalmologiques différents, une évolution différente.

En présence de cette diversité, un certain nombre de questions se posent. S'agit-il d'une lésion définitive, détruisant à jamais une fonction importante chez la mère ?

L'interruption de la grossesse est-elle susceptible d'arrêter cette redoutable évolution ?

L'Evolution ne peut-elle se faire vers une guérison spontanée ?

Le praticien a-t-il le droit d'envisager l'interruption de la grossesse pour sauver une fonction importante chez la mère ?

Le présent travail n'a pas la prétention d'apporter à ces graves questions une réponse formelle ; néanmoins, à la lumière d'un certain nombre d'observations relevées dans les publications médicales depuis 1920, il tentera de dégager les grands traits de l'amaurose survenant au cours de l'éclampsie.

Nous croyons pouvoir distinguer, dès maintenant, avec Messieurs Brouha et Josselin (Bruxelles-Médical 22 juillet 1928), deux grandes variétés d'amaurose au cours de la grossesse.

D'une part, l'*amaurose gravidique*, qui n'est qu'un symptôme d'éclampsie, du même ordre que les phosphènes, la diplopie et le rétrécissement du champ visuel, si fréquents dans la période prééclamptique et qui n'imprime aucune gravité particulière au tableau clinique. Par ailleurs, l'examen ophtalmologi-

que ne révèle aucune lésion du F. O. ni aucun trouble des réflexes. Nous croyons avec ces auteurs que, dans ce cas, l'abstention est la règle, à moins que l'ensemble des symptômes d'éclampsie ne dicte une autre conduite.

Tout différent est le cas de la cécité, qui s'installe progressivement, à bas bruit, traduisant la neuro-rétinite, laquelle signe une intoxication albuminurique progressive dont les lésions peuvent devenir définitives et amener la perte de la vision : dans ce cas, on est en présence de lésions définies, constatables par le miroir ophtalmoscopique. La question se pose alors de savoir si l'on doit faire cesser la cause de l'intoxication, en un mot, interrompre le cours de la grossesse. Et, dans ce cas, nous inclinons à poser l'indication de l'intervention d'une façon générale, quelle que soit l'époque de la grossesse.

D'ailleurs, entre ces deux cas bien définis, peuvent se présenter des cas complexes (par exemple celui de notre observation n° 7, d'après MM. P. Marx et R. Faure), où des lésions constituées ne permettent pas de mettre en doute l'origine centrale de la cécité. Il convient alors de surveiller attentivement le fond d'œil, et de ne pas hésiter, le cas échéant, en présence de lésions à tendance extensive, à prendre les mesures dictées par la situation.

Ces considérations, bien entendu, ne devront pas faire perdre de vue les célèbres principes de *Pinard*, et elles s'en inspireront d'ailleurs. L'indication de l'intervention devra tenir compte du danger couru par la

mère ; elle ne pourra être tentée que s'il est bien avéré que l'état de grossesse est la cause même du mal, et que cette intervention doit guérir la malade. Enfin, elle devra, autant que faire se pourra, donner un enfant dont la valeur soit appréciable.

A ce dernier point de vue, il est important de noter que l'enfant d'une albuminurique n'est pas une valeur négligeable, même si son poids est insuffisant : il ne rentre pas dans la catégorie des tarés et, de ce fait, nous nous trouverons en présence d'un grave problème de conscience, en certains cas. Nous verrons, par ailleurs, s'il ne nous est pas permis de mettre en balance une fonction importante de la mère, avec la vie de l'enfant, et si le pronostic des grossesses ultérieures justifie un acte aussi grave.

ETUDE CLINIQUE
DE
L'AMARAUROSE
ET
DE SES RAPPORTS AVEC L'ECLAMPSIE

L'Etude générale des observations que nous rapportons par ailleurs, nous montre l'amaurose, dans la période pré-éclamptique, ou au cours des accès, plus rarement à la suite de ceux-ci.

On pourrait, à la lumière de ces observations, parler de « poison éclamptique » et faire de l'amaurose un signe d'éclampsisme. — En réalité, il semble bien que l'amaurose ne soit pas liée uniquement à l'éclampsie; dans un certain nombre de cas, est-elle, la phase terminale des signes oculaires de l'albuminurie et de l'hypertension.

A priori, de telles femmes peuvent faire, ou non, de l'éclampsie, (dans la plupart des cas, d'ailleurs, l'amaurose est le stade habituel de la pré-éclampsie) ; aussi croyons-nous bon de faire entrer dans le cadre de notre travail un certain nombre de cas où l'amaurose, bien qu'en rapport avec l'albuminurie et l'hypertension, n'a pas été suivie d'éclampsie.

Citons, par exemple, les 2 observations suivantes que nous relevons dans le *Bulletin de la Société d'Ophtalmologie de Paris* (21 nov. 1926, page 460) :

*Amaurose au cours de la grossesse sans crise
éclamptique*

LXXV (LAGRANGE)

Primipare de 24 ans, présente une cécité complète pendant 15 jours. — Retour à la normale en quelques heures.

2^e grossesse l'année suivante. Cécité complète au 7^e mois, qui dure 15 jours avec albuminurie et hypertension.

Le F. O. est normal, les réflexes sont conservés.

LXXVI (PR. RIVIÈRE)

Primipare de 34 ans, présente brusquement une cécité à la fin du 6^e mois de sa grossesse — œdèmes — albumine.

Le F. O. est normal.

Expulsion, sans complication d'un fœtus mort.

5 jours après, la vision reprend progressivement pour revenir à la normale au bout de 8 jours.

Il paraît bien difficile de séparer ces 2 cas de ceux observés en même temps que l'éclampsie ; nous verrons, à la période pré-éclamptique, des femmes présenter une amaurose complète avec la même brus-

querie, les mêmes signes ophtalmologiques (intégrité du F. O., conservation du réflexe pupillaire), et on est obligé d'envisager une origine commune dans laquelle interviendront les facteurs albuminurie et hypertension.

Signalons, dès à présent, le rôle favorable que paraît avoir l'avortement sur la cécité dans la seconde observation.

ORIGINE DE L'AMAUROSE

Nombreuses sont les théories relatives à l'origine de l'amaurose au cours de la grossesse, mais toutes concordent sur le siège même de la lésion.

L'Origine centrale fait sa preuve, même en l'absence d'examens ophtalmologiques, souvent par la brusquerie de l'apparition de la cécité. Plusieurs observations la montrent s'établissant en quelques heures. Aucune lésion des voies périphériques n'aurait eu le temps de se constituer, capable de donner une cécité complète.

D'ailleurs, les examens ophtalmoscopiques pratiqués après un début brutal ne montrent que rarement des lésions du F. O.

Il en est de même des cas qui guérissent aussi brutalement que le début a été brusque. Il paraît difficile de concevoir qu'une lésion, même constituée brutalement, se répare de même. Il semble même qu'une « lésion » évoluant de cette manière ne peut être qu'un trouble fonctionnel ne correspondant à aucune destruction organique.

Différent est le cas où le miroir ophtalmoscopique révèle des lésions constituées : œdème de la papille, nappes d'exsudat, hémorragies en flammèches, décollement rétinien, etc... Il s'agit là de lésions visibles, mesurables dans leur étendue et dans leur évolution, qu'on voit se constituer et évoluer. De telles lésions ne sont pas l'apanage de l'éclampsie, on les rencontre dans d'autres maladies avec hypertension. Elles prennent, ici, la valeur d'un grand symptôme, signant l'intoxication albuminurique et l'hypertension, c'est la neuro-rétinite albuminurique dont les dégâts sont directement constatables.

L'expérience prouve que, dans la première éventualité, la cécité peut évoluer spontanément vers la guérison. Dans la seconde, il faut craindre que les lésions ne deviennent irréductibles et ne déterminent la perte totale de la vision. Dès lors, il est légitime d'envisager le moyen radical d'arrêter l'intoxication originelle, c'est-à-dire d'interrompre la grossesse.

Il convient, cependant, de remarquer que la constitution de lésions du fond de l'œil n'exclut pas la possibilité d'une amaurose d'origine centrale concomitante.

Une très belle observation de P. Marx et R. Faure, citée plus loin, montre précisément un tel cas. L'indication du traitement paraît, ici, très délicate. Si l'amaurose a fait la preuve de son origine centrale, son pronostic est, de ce fait, beaucoup moins grave. Il paraît sage, alors, de baser l'indication opératoire sur le degré des lésions du fond de l'œil. En somme, il

s'agit de mesurer l'intensité de l'intoxication albuminurique, l'amaurose n'étant plus qu'un symptôme de second plan.

Du point de vue étiologique, nous avons donc à considérer deux origines.

L'Origine centrale paraît être liée à un trouble d'origine corticale au niveau des voies optiques postérieures (Weekers de Liège). En égard à l'évolution rapide des troubles dans ce cas, deux hypothèses méritent d'être retenues.

Il peut s'agir d'un œdème d'origine chlorurémique dans la région des lobes occipitaux. Les sujets sont, en effet, le plus souvent atteints d'œdèmes périphériques importants ; cependant le syndrome chlorurémique n'est pas le seul en jeu.

Le facteur hypertension peut également être invoqué ; on sait qu'il est susceptible de déterminer, dans certains territoires, une vaso-constriction importante. Brouha et Gosselin, dans un article de « Bruxelles Médical » (22 juillet 1928, p. 1250) constatent, chez une éclamptique, une déficience brutale du rein à l'épreuve de la Phenol-Sulfone-Phtaleïne, et attribuent ce fait à une vaso-constriction de même nature.

Cette hypothèse paraît d'autant plus séduisante qu'elle s'accorde bien avec la brusquerie des phénomènes observés.

CARACTÈRES CLINIQUES DE L'AMAUROSE

L'étude des observations rapportées plus loin, montre que, le plus souvent, l'amaurose survient au cours de la période pré-éclampsique.

On a vu plus haut qu'elle n'accompagnait pas fatalement l'éclampsie ; le plus souvent, elle précède de peu le premier accès du mal.

Il paraît, d'autre part, exister une relation entre son apparition et le début du travail, soit qu'elle apparaisse immédiatement avant le début de celui-ci, soit qu'elle survienne au cours de l'accouchement. Nous touchons ici un point très délicat de l'origine de l'éclampsie elle-même. Le plus souvent l'éclampsie paraît déclencher le travail ou l'accompagne, sans qu'on puisse établir une relation de cause à effet entre les deux.

Toutefois, il paraît logique d'admettre la possibilité de complications vasculaires à ce moment, car le propre de l'éclampsie est d'être un ensemble d'accidents paroxystiques susceptibles de s'étendre à des territoires très divers.

L'Amaurose peut s'établir, nous l'avons vu plus haut, de deux façons très différentes, soit brutalement, soit progressivement.

Le plus souvent, la femme s'est plainte, dans les jours précédents, de troubles divers en rapport avec son albuminurie et signant l'état pré-éclampsique : céphalée, bourdonnements d'oreilles, phosphènes, di-

plopie, barre épigastrique, etc... ; ces signes, variables dans leur intensité, amènent le plus souvent la femme à consulter et, dans les heures qui suivent, soit à l'occasion du travail, soit avant ou au cours de l'éclampsie, la cécité survient brusquement.

L'examen ophtalmoscopique montre généralement, dans ces cas :

— la conservation du réflexe pupillaire à la lumière et à l'accommodation.

— l'intégrité du fond de l'œil, ou des lésions si minimes qu'elles ne peuvent suffire à expliquer, à elles seules, une amaurose complète.

Dans d'autres cas, la diminution de la vision se fait très progressivement, s'étendant sur plusieurs jours.

Dans quelques observations, on a pu observer un rétrécissement progressif du champ visuel.

L'examen ophtalmologique met en évidence des désordres graves du fond de l'œil et la disparition du réflexe pupillaire à la lumière : c'est la neuro-rétinite albuminurique qui impose une haute gravité à l'état de la malade et pose la question de l'intervention.

En résumé, c'est l'étude ophtalmoscopique du fond de l'œil qui dirige l'accoucheur (A. MAYER in *Zentralblatt für Gynäkologie*, n° 49-1931), et qui pose l'indication de l'intervention. Bien entendu, cette indication s'appuie, par ailleurs, le cas échéant, sur d'autres signes de gravité de l'état éclamptique.

ÉVOLUTION DE L'AMAUROSE

L'amaurose, une fois constituée, peut évoluer de façons très différentes.

Ou bien elle relève de la neuro-rétinite albuminurique, et risque de devenir en peu de temps définitive.

Ou bien, apparue brusquement, elle disparaît de même, après une durée plus ou moins longue.

Mais ce qui frappe, dans tous les cas, c'est le rôle capital que paraît jouer l'expulsion de l'œuf ou l'accouchement, dans l'heureuse évolution de la cécité. Les observations rassemblées plus loin témoignent de ce fait.

Doit-on en conclure que le seul fait de voir interrompre la grossesse détermine la guérison ? Certes, les causes de l'éclampsie ont disparu mais il subsiste une intoxication qui, elle ne régresse que lentement, au fur et à mesure de l'élimination. Nous pensons que c'est là qu'il faut rechercher la raison des délais variables qui séparent l'accouchement de la guérison.

En ce qui concerne la neuro-rétinite albuminurique, les mêmes raisons dictent la conduite à tenir. La suppression de la cause de l'intoxication (au besoin appuyée sur un traitement adjuvant de désintoxication) a les plus grandes chances d'arrêter un processus fatal à la vision.

L'observation citée plus haut de MM. Marx et R. Faure nous fait même voir la régression de ces lé-

sions de neuro-rétinite (disparition d'un placard de décollement rétinien).

Il est, en outre, intéressant de constater l'impérieuse urgence de l'interruption, avant que les lésions n'aient pris un caractère de gravité tel que leur régression soit impossible. Si l'on admet que la conservation de la vue de la mère vaut, dans certains cas, le sacrifice de l'enfant, l'interruption devient une mesure d'urgence en présence de lésions importantes du F. O.

L'AMAUROSE ET L'ECLAMPSIE DANS LA LITTERATURE

(Quelques observations résumées parues depuis 1920)

AMAUROSE AU COURS DE LA GROSSESSE

a) *ayant précédé l'éclampsie*

1. — *Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris*, 1921, p. 743. M. FLEURANT.

Primipare de 30 ans. Au début du 4^e mois, œdème des membres inférieurs. Le surlendemain, cécité brutale et complète et, le même jour, 5 accès d'éclampsie en 4 heures.

Césarienne : enfant vivant.

Examen ophtalmoscopique : Réaction pupillaire normale. F. O. normal des 2 côtés (ni exsudat, ni hémorragie).

Le 3^e jour, après opération, vision normale.

2. — *Société d'obstétrique et de gynécologie de Strasbourg*, 3 février 1923, P. MARET.

Primipare de 23 ans. Troubles visuels vers la fin du 3^e mois, cécité complète en quelques heures.

Céphalalgie, vomissements, crises convulsives, rétention d'urine, albuminurie massive.

Examen ophtalmoscopique : Fond d'œil normal, pas de rétinite.

Début brusque, donc pas de lésions organiques.

3. — *Société d'Obstétrique et de gynécologie de Lille*, 30 avril 1924, p. 523, H. PAUCOT : 3 observations.

Anasarque, pupilles contractées, conjonctives injectées, disparition progressive des réflexes à la lumière.

Avortement thérapeutique, guérison.

Origine centrale en raison de la brusquerie des troubles et de leur guérison.

35 ans. I. Pare, au cours du travail, amaurose subite, pendant 1 h. à 1 h. 30.

3^e et 4^e jour, nouvelles crises subites et passagères.

35 ans. I pare. Anasarque, devient subitement aveugle.

Pupilles réagissent à la lumière mais sont contractées et irrégulières, troubles psychiques. Coma. Accouchement au sortir du coma et précédé d'un accès éclamptique.

La vue revient au bout d'un mois, la récupération paraissait se faire parallèlement avec la disparition des œdèmes.

4. — *Réunion obstétricale et gynécologique de Montpellier*, 29 juin 1932, P. DELMAS, BATTLE, VIALLEFONT, BOURGUET.

Septigeste de 35 ans, cécité brutale. Dans les antécédents : douleur en barre et amblyopie.

Grossesse d'environ 8 mois. Albumine : 1 gr. par litre.

Traitement : saignée, lavement.

Premier accès d'éclampsie après le début du travail.

Examen ophtalmoscopique (Viallefont) : aucune lésion de rétinite. T. de l'A centrale de la rétine élevée : 80 à G (restera élevée jusqu'à la guérison).

5. — *Société d'Obstétrique et gynécologie de Paris*, 4 mars 1935 (In Presse médicale, 23 mars 1935) H. BIDOIRE (Sce du Dr Cathala).

I. Pare, 21 ans, arrive en état pré-éclamptique, enfant vivant, saignée, 6 h. après, amaurose brusque, anurie, crise convulsive. P. L. : liq. clair non hypertendu.

Césarienne, enfant vivant mais coma et mort.

Enfant D. C. D. au 14^e jour de gastro-entérite. F. O. (Coutela et Masson). Pupilles normales, égales, dilatées à réaction normale.

à D. : dans la partie temporale, nappe blanche légèrement en saillie à la surface de laquelle passent les Vx rétiniens.

Pupille invisible.

à G. pupille fortement hyperhémiee dont les bords sont flous.

Cependant ni hémorragie, ni exsudat ; la malade

est complètement aveugle bien que l'excitation lumineuse passe (les réflexes marchent).

Résumé : Papillo-rétinite uniquement papillaire à G, accompagnée de lésions rétiniennes à D. L'amaurose paraît être un signe de haute gravité au cours de l'éclampsie. Distinguer l'amaurose brusque par spasme de Vx rétiniens ou par œdème papillaire transitoire de l'amaurose progressive par papillo-rétinite qui, elle, est définitive. Seul l'examen ophtalmoscopique permet de faire un pronostic fonctionnel puisque, dans le cas présent la papillo-rétinite a eu un début brutal.

6. — *Société d'Ophtalmologie de Paris*, 21 novembre 1921. Bulletin P. 460.

MAGITOT et HARTMANN (G. Sourville).

(Obs. LXV. — I. Pare, 34 ans, troubles de la vue au 5^e mois. Cécité absolue 2 ou 3 jours plus tard suivie d'accès répétés d'éclampsie. Expulsion d'un fœtus mort.

Examen ophtalmoscopique (1 mois après avortement) F. O. normal avec conservation des réflexes pupillaires.

7. — *Société d'Obstétrique et de gynécologie de Strasbourg*, 14 mai 1938. P. MARX et R. FAURE.

32 ans. II pare au 9^e mois, albuminurie plus hypertension, nausée, barre épigastrique, céphalée, œdèmes.

Diète hydrique, le soir brouillard devant les yeux, mouches volantes.

1^{er} *Examen ophtalmologique* : œdème de la papille G. avec exsudat péripapillaire. A. D. lésions de même ordre mais plus discrètes.

Le surlendemain, aggravation des S. G. l'accouchement normal, 2 h. après baisse de la vision, 4 h. après, la malade est complètement aveugle.

2^e *Examen ophtalmologique* : aucune modification, la région maculaire est normale des 2 côtés. 6 h. après l'accouchement, première crise éclamptique suivie de coma. Les jours suivants les S. G. s'amendent mais l'état oculaire s'aggrave.

3^e *examen ophtalmologique* : (6 jours après) : A. D. augmentation de l'œdème papillaire, macula normale. A. G. soulèvement de la partie inférieure de la rétine.

4^e *examen ophtalmologique* (8 jours après) : A. D. rien de changé.

A. G. vaste décollement rétinien dans le champ inféro-nasal, mais la malade commence à percevoir la lumière.

5^e *examen ophtalmologique* (13 jours après) : A. D. persiste seulement un léger œdème de la papille du côté nasal, le reste du F. O. est normal ;

A. G. la poche de décollement a disparu et on voit de nombreux foyers pigmentaires.

6^e *examen* (18 jours après). (Malade guérie, seuls les foyers pigmentaires signent le décollement.

Discussion : la cécité paraissait d'origine centrale malgré les lésions du F. O.

— Le réflexe photo-moteur était conservé.

— La vision revenait au moment où le décollement était à son maximum.

— Les lésions de l'O. D. n'ont jamais atteints une intensité suffisante pour expliquer une amaurose complète de cet œil.

b) *ayant succédé à la 1^{re} attaque d'éclampsie
ou au cours de celle-ci*

8. — *Société d'oto-neuro-oculistique de Strasbourg,*
10 janvier 1925.

(in « Presse Médicale » 1925, page 378).

(Observations rapportées à la Société d'ophtalmologie de Paris, le 21 novembre 1926 par MAGITOT et HARTMANN, in Bulletin, p. 460).

LXVII. — M. REDSLOB.

Jeune femme devenue aveugle des 2 yeux à la suite d'une crise d'éclampsie. Au fond des yeux, vaste placard d'exsudat et hémorragies. Pupilles égales réagissant bien. Origine centrale, donc pronostics vital et visuel favorables.

9. — *Société d'ophtalmologie de Paris, 21 nov. 1926*
(In Bulletin, p. 460). MAGITOT et HARTMANN.

LXVI. — (JAVAL)

I pare, 24 ans, au 8^e mois, 1 gr. d'albumine ; œdèmes ; barre épigastrique.

Première crise d'éclampsie. Saignée (2^e crise au cours de la saignée).

Cécité.

Accouchement normal suivi d'amélioration et de guérison.

10, 11, 12. — idem.

LXVIII, LXIX, LXX. — (FIEUX).

3 cas identiques : au cours d'accès éclamptiques survient une amaurose avec intégrité du F. O. et conservation du réflexe pupillaire.

Guérison complète en quelques jours.

13, 14, 15. — idem.

LXXII, LXXIII, LXXIV (SILEX).

3 observations de femmes qui, à la fin de la grossesse, eurent une amaurose brusque, avec intégrité du F.O. et conservation des réflexes, accompagnée de signes d'éclampsie. Guérison complète.

16. — *Zentralblatt für Gynäkologie*, 55^e année, n^o 49, 5 décembre 1931 (In *Presse Médicale*, 14 mai 1932, n^o 39. *Revue des Journaux*, p. 110).

A. MAYER.

1 observation d'une femme de 27 ans. II pare, 8 à 10 crises d'éclampsie, suivies d'amaurose. P. L. plus injection de sérum de femme enceinte : guérison en 7 heures.

Nous rapporterons ensuite une observation prise dans le service du Docteur SUREAU, à l'Hôpital Saint Antoine.

Il s'agit d'une femme admise le 10 août 1939 dans le service pour crise d'éclampsie.

La première crise survenue à 12 h. fut suivie d'amaurose, 2 crises apparurent ensuite à 15 h. et 17 h. 30, suivies de sub-coma.

La malade présentait alors une T. A. à 24 1/2-15 1/2. Les bruits du cœur fœtaux furent à ce moment nettement perçus.

L'examen montra une grossesse de 7 mois environ avec une tête en bas mobile et une hauteur utérine de 29 centimètres.

Le traitement appliqué d'urgence comporte d'abord une saignée avec contrôle de la T. A. au cours de celle-ci.

Les chiffres suivants purent alors être relevés :

200 gr. maxima : 16 1/2

250 gr. maxima : 13

300 gr. maxima : 11 1/2

Au bout de quelques minutes après la saignée, la T. A. n'était plus qu'à 10-7.

On établit une surveillance de la T. A. toutes les 1/2 heures, une courbe du volume des urines, une surveillance des bruits du cœur fœtal toutes les heures.

Un traitement par chloral et acécoline S. C. est institué.

L'examen des urines révèle une albuminurie massive.

Le soir on pratique une injection I. V. de 10 cc. de $\text{So}_4 \text{Mg}$. à 15 %. A ce moment, la T. A. est remontée à 28.18, cependant la céphalée diminue.

Au début de la nuit, se manifestent quelques douleurs utérines. Les bruits du cœur foetal sont encore nettement perçus.

Les douleurs augmentent de fréquence et d'intensité. A 20 h. 30 la malade perçoit la lumière et le contour général des objets.

Le lendemain à 0 h. l'albuminurie est à 5 gr. par litre. A 0 h. 30, survient une nouvelle crise d'éclampsie.

A 6 h. l'albuminurie est à 12 gr. tandis que l'amaurose et le sub-coma persistent.

Examen ophtalmologique : A ce moment, le fond d'œil montre des papilles floues surtout dans le champ temporal. Un œdème papillaire existe, à surveiller.

Les artères sont normales ; par contre les veines paraissent considérablement dilatées.

Les réflexes et la mobilité oculaires sont normaux.

A 13 h. 15, en présence de signes généraux graves et de signes de neuro-rétinite graves, l'intervention est décidée.

Une césarienne sous anesthésie générale au Schleich est pratiquée par le Docteur Sureau.

A 23 h. la T. A. est retombée à 18-14. La malade accuse une céphalée moins violente, et de nouveau la vision reparaît un peu ; mais dans la soirée, la T. A. remonte (21-12) et la céphalée reprend.

Par la suite la T. A. baissera progressivement, parallèlement à la disparition de l'albuminurie.

Le 18 août, la cécité persistant, un nouvel examen ophtalmologique est demandé et constate :

- des papilles à contour flou.
- à G. des taches blanchâtres péripapillaires.
- les veines sont toujours dilatées.

L'enfant pesait à la naissance 1.540 gr., il décéda 48 heures plus tard.

D'autre part, le second examen ophtalmoscopique montre des lésions évolutives de neuro-rétinite.

TRAITEMENT MEDICAL

La nature de l'amaurose étant déterminée, nous l'avons vu par l'examen du fond de l'œil et des réflexes oculaires ; ayant l'assurance qu'il n'existe pas de lésion grave de neuro-rétinite on s'efforcera d'abord de lutter contre l'intoxication éclamptique par les moyens médicaux habituels.

La saignée importante, répétée au besoin fera dans une certaine mesure fléchir la pression sanguine en même temps qu'elle jouera un certain rôle de désintoxication.

La médication calmante sera administrée sous formes de lavements au chloral. On évitera dans la mesure du possible d'employer des médicaments tels que la morphine ou les barbituriques, leur emploi pouvant gêner considérablement la surveillance de la vision ; en tous cas on ne les utilisera qu'à doses très faibles.

Les lavements purgatifs et les purgations aideront à la désintoxication.

L'injection intra-veineuse de sulfate de magnésie apportera une sédation importante et durable des phénomènes convulsifs.

Signalons enfin une médication qui présente dans le cas particulier un gros intérêt : la ponction lombaire dont l'action décompressive sur les centres nerveux peut être importante.

Certains auteurs allemands la préconisent en particulier. A Mayer rapporte dans l'observation citée ci-dessus un cas de guérison à la suite des 2 P. L. à 4 heures d'intervalle (le liquide soustrait ayant été remplacé par du sérum de femme enceinte) l'amaurose ayant disparu une heure après la seconde P. L.

Si malgré ces traitements les accès éclamptiques se répètent ; si d'autre part l'amaurose persiste ou prend des caractères inquiétants pour l'avenir, force est de recourir au traitement chirurgical.

La légitimité ne saurait être mise en doute, la nature elle-même pose la réponse à cette question.

Toutes les observations ci-dessus citées montrent que l'interruption ou l'accouchement spontanés ont été suivis de guérison.

D'autre part les techniques actuelles permettent d'appliquer à chaque cas l'intervention avec des risques minimes pour la mère et pour l'enfant.

C'est ainsi qu'au-dessous de 7 mois, on pourra recourir à la césarienne vaginale, réservant la césarienne abdominale pour les cas plus âgés.

CONCLUSIONS

L'amaurose survenant au cours de la grossesse peut revêtir deux formes différentes.

L'amaurose d'origine centrale, à début brusque sans signe oculaire permet de poser un pronostic fonctionnel favorable et permet un traitement médical de l'intoxication gravidique.

L'Amaurose par lésions de rétinite albuminurique doit faire craindre la perte de la vision, commande des examens ophtalmologiques répétés.

Les lésions les plus couramment observées sont : l'œdème papillaire, les exsudats et hémorragies sans décollement de la rétine ou avec décollement.

En présence de lésions neuro-rétinite à caractère extensif, elle indiquera formellement l'interruption d'urgence de la grossesse.

Vu : le Doyen de la Faculté,
TIFFENEAU,

Vu : le Président de thèse,
TANON.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

Imp. spéciale de la Librairie Le François, 91, bd St-Germain, Paris.

